

Auch Ärzte* erzählen Geschichten: Medizinisches Wissen und Narration in Blogs und Podcasts

Jarmila Mildorf (Paderborn)

Abstract Despite the generally low status of narratives in mainstream medical practice, it is more widespread than one might think, for example in doctor-patient communication and medical case histories. Furthermore, the usage of new media in medical training and public communication has called for a reconsideration of the value of narratives. Against this background, the present article explores doctors' and other medical professionals' storytelling practices in the context of weblogs and podcasts. The examples show that narratives can be employed for a range of reasons, including making the medical profession more accessible but also as an indirect means of criticizing bureaucratic processes. All the examples show that the narratives aim at involving the respective audiences and therefore often show a great degree of creativity and unexpected complexity.

Keywords Narrative and medicine, doctors' storytelling, new media and medicine, knowledge and narrative, fictional contamination

* Entgegen der üblichen Verwendung von Gendersternchen in dieser Zeitschrift wird im folgenden Beitrag das generische Maskulinum angewandt und umfasst so alle Geschlechtsidentitäten. Es dient der Lesbarkeit des Textes und impliziert keine Wertung.

Von seinen Erlebnissen zu erzählen kann wohl als zwischenmenschliche Aktivität schlechthin betrachtet werden und macht den Menschen als solchen aus. So spricht Walter R. Fisher von Narration als einem Kommunikationsparadigma, das den Menschen im Gegensatz zu anderen, und zu Vorstufen der eigenen, Spezies als *homo narrans*¹ kennzeichnet. Allgemein gesprochen erlauben Erzählungen es dem Menschen, sich seinen Mitmenschen mitzuteilen, Erlebnisse und seine Lebenswelt zu interpretieren und zu evaluieren.² Erzählungen dienen aber auch der direkten wie indirekten Selbstcharakterisierung und Positionierung gegenüber anderen Menschen.³ Sogar die Erlebnisse und die Lebenswelt Anderer lassen sich mittels Erzählungen, sogenannten *narratives of vicarious experience*, begreifbar machen.⁴ Für Behandelnde ist das Erzählen über sich und über Patienten – was freilich unter Wahrung der Anonymität und der Schweigepflicht vorstatten gehen muss – vielleicht nicht so abwegig oder unerwartet, wie es möglicherweise scheinen mag.⁵ Das ist kaum verwunderlich, sind doch Ärzte – um ein gängiges Klischee zu bedienen – eben ‚auch nur Menschen‘. Längst schon haben *doctors' stories* sogar Einzug in die Literatur gehalten, nicht zuletzt auch Literatur, die von Ärzten selbst geschrieben wurde.⁶

1 Vgl. Walter R. Fisher: Narration as a human communication paradigm. The case of public moral argument. In: *Communication Monographs* 51.1 (1984), 1-22.

2 Vgl. James Phelan: *Living to Tell about It. A Rhetoric and Ethics of Character Narration*. New York 2005, 50; Jens Brockmeier: *Erzählen als Lebensform. Ernst-E.-Boesch-Preis für Kulturpsychologie 2021*. Gießen 2022.

3 Vgl. Michael Bamberg: Positioning between structure and performance. In: *Journal of Narrative and Life History* 7.1 (1997), 335-347; Dieter Thomä: *Erzähle dich selbst. Lebensgeschichte als philosophisches Problem*. Frankfurt am Main 1998; Neal R. Norrick: *Conversational Narrative. Storytelling in Everyday Talk*. Amsterdam 2000; Jarmila Mildorf: *Life Storying in Oral History. Fictional Contamination and Literary Complexity*. Berlin 2023.

4 Vgl. Neal R. Norrick: Narratives of vicarious experience in conversation. *Language in Society* 42.4 (2013), 38-406; Jarmila Mildorf: Durch Andere sich selbst erzählen. Figuren der Selbststilisierung in autobiographischen Schriften von Alan Bennett und Candia McWilliam. In: Christina Schachtner, Albert Drews (Hg.): *Erzählte Welt. Sinnstiftung in Zeiten kultureller und politischer Umbrüche*. Loccum 2022, 167-194; Mildorf, *Life Storying in Oral History*, Kap. 10.

5 Vgl. Jane Macnaughton: Anecdotes and Empiricism. In: *British Journal of General Practice* 45.400 (1995), 571-572; Jarmila Mildorf: "I had a patient who...". Narratives of vicarious experience in GPs' discourse on domestic violence. In: Tom Kindt, Martina King (Hg.): *Narrative Structure and Narrative Knowing in Medicine and Science*. Berlin 2023, 187-201.

6 Vgl. M. Faith McLellan: Literature and Medicine. Physician-Writers. In: *The Lancet* 349 (1997), 564-567. Ein paar deutschsprachige Beispiele für Romane von Arztschriftstellern sind Dr. med. Florian Teegs *Von Bluterguss bis Exitus. Aus dem Alltag eines Assistenzarztes* (Heyne), Dr. Josephine Chaos' *Dann press doch selber, Frau Dokta! Aus dem Klinik-Alltag einer furchtlosen Frauenärztin* (Fischer) oder Dr. med. Friedrich Frohlaubers *Mit dem Blaulicht auf dem Kopf. 33 spannende, lehrreiche und skurrile Geschichten aus dem Alltag eines Notarztes* (Schwarzkopf & Schwarzkopf). Die Aufmachungen der Bücher sind bereits interessant, da sie durch die Verwendung des Dokortitels die Fachkompetenz der Autoren in den Vordergrund rücken und – selbst bei Verwendung von Pseudonymen wie im zweiten Beispiel – die ‚Authentizität‘ des Erzählten

In diesem Aufsatz möchte ich meinen bisherigen Reflexionen über das Erzählen von Ärzten⁷ weiter nachgehen, indem ich mich auf Erzählformate in den neuen Medien konzentriere. Insbesondere möchte ich mein Augenmerk auf Weblogs und Podcasts richten. Diese neuen Kommunikationswege -und formen bieten Ärzten ungeahnte Möglichkeiten, Fachkollegen, aber auch Laien Einblicke in medizinisches Wissen, ihre Tätigkeit und ihre Auseinandersetzung mit für sie wichtigen Themen zu gewähren. Dabei spielt auch die erzählerische Vermittlung, also die ästhetische Seite des Erzählens, eine nicht zu gering zu achtende Rolle, auf die ich ebenso eingehen möchte. Bevor ich meine Beispiele aus einer Online-Kolumne und zwei Podcasts vorstelle, möchte ich kurz auf den ambivalenten Status von Narration in der Medizin eingehen sowie auf die Bedeutung neuer Medien für die medizinische Praxis.

Ärzte erzählen Geschichten: Narration in der Medizin

Im biomedizinischen Modell haben Erzählungen zunächst keinen Platz – so scheint es zumindest bei oberflächlicher Betrachtung. Es geht hier um die Erkundung der Ätiologie und die Behandlung von Krankheiten, welche auf evidenzbasierten, quantitativen Methoden und Praktiken fußen. Nicht das individuelle Erleben von Krankheit steht primär im Vordergrund, sondern mess- und vergleichbare physische Werte und Symptome, die Rückschlüsse auf verallgemeinerbare Krankheitsbilder zulassen. In der alltäglichen medizinischen Praxis hingegen, zumal im Anamnesegespräch, kommen Erzählungen dennoch immer wieder vor: etwa, wenn Patienten auf ihre Lebensumstände rekurrieren oder den Hergang einer Verletzung oder Erkrankung schildern.⁸ Gabriele Lucius-Hoene identifiziert verschiedene „Geschichtenebenen“ in der Beziehung zwischen Ärzten – sie verwendet den etwas weiteren Begriff „Therapeuten“ – und Patienten: a) Geschichten des Patienten, b) Geschichten des Therapeuten, c) Geschichten des Therapeuten über die Geschichten des Patienten, d) Geschichtenkonstruktionen von Patient und Therapeut in der Therapie, e) Geschichtenkonstruktionen über die Therapie, f) Geschichten hinter

unterstreichen, gleichzeitig aber die Dramatik bzw. die Skurrilität der zu lesenden Geschichten betonen – also das, was die geschilderten Erlebnisse erzählenswert macht.

7 Vgl. Jarmila Mildorf: *Storying Domestic Violence: Constructions and Stereotypes of Abuse in the Discourse of General Practitioners*. Lincoln, NE 2007; Mildorf, “I had a patient who...”.

8 Vgl. Ulrich Schwantes: „Erzählen Sie doch bitte...“. In: *Berliner Ärzte 2* (2006), 19-21.

den Geschichten des Patienten und des Therapeuten.⁹ Der Begriff des ‚Narrativen‘ wird hier freilich zuweilen etwas weit gefasst. So legt Lucius-Hoene als Hauptkriterium ein „Konstruktionsprinzip von Selektion, bedeutungshaltiger Verknüpfung und evaluativer Bearbeitung“¹⁰ zugrunde. Nach diesem Prinzip ist auch jede Fallgeschichte letztendlich eine Erzählung, da sie auf einer Ursache-Wirkung-Logik beruht und eine zeitliche Entwicklung nimmt, bei der bestimmte physische Ereignisse den Verlauf der Krankheit bestimmen.

Die „Fallgeschichte“ ist ein in der Fachliteratur heterogen verwendeter Begriff.¹¹ Martina King unterscheidet zwischen veröffentlichten Fallgeschichten bzw. -berichten einerseits und von Ärzten schriftlich fixierten Krankengeschichten und -berichten andererseits.¹² Im Englischen umfasst der Ausdruck „case“ durchaus beide Bedeutungen. So beschreibt etwa Kathryn Montgomery den paradoxen Stellenwert von Erzählungen in der Medizin unter Bezugnahme auf „cases“ folgendermaßen:

Narrative, of course, is the antithesis of all that is believed to be scientific, and every physician knows it. As medical students, they learn to construct, record, and present cases – above all, to think with them – and at the same time they are taught a suspicion of anecdotal evidence, the singular occurrence that can skew perception. [...] As the case orders events of the illness both chronologically and subjectively, it asserts or implies some causal relation among those events and imputes character and motive to the actors who are very nearly effaced.¹³

Fallgeschichten erfüllen also einen wichtigen heuristischen Zweck für Ärzte: sie schaffen ‚Ordnung‘ in von Patienten als disruptiv und möglicherweise als ‚chaotisch‘ empfundenen Krankheitserlebnissen und – nach regelgeleiteter Aufbereitung, Verschriftlichung und eventuell Veröffentlichung (*case study*) – dienen sie auch der Aus- und Fortbildung

9 Gabriele Lucius-Hoene: Erzählen von Krankheit und Heilung. In: *Berliner Ärzte* 2 (2006), 15-18, 17.

10 Ebd., 17.

11 Vgl. z.B. Susanne Düwell, Nicolas Pethes (Hg.): *Fall – Fallgeschichte – Fallstudie. Theorie und Geschichte einer Wissensform*. Frankfurt am Main 2014; Bianca Sukrow: *Der Fall des Falles. Literarische Phänomene in psychiatrischen, neurowissenschaftlichen und autobiografischen Fallgeschichten*. Hildesheim 2015; Thomas Wegmann, Martina King (Hg.): *Fallgeschichte(n) als Narrativ zwischen Literatur und Wissen*. Innsbruck 2016; Katharina Fürholzer: Unerhörte Narrative. Die medizinische Indikation zwischen Bericht und Erzählung. In: *Ethik in der Medizin* 32.3 (2020), 267-277.

12 Vgl. Martina King: „Wie Novellen zu lesen?“ Die Fallgeschichte des kranken Körpers zwischen Literatur und Medizin (1800-1900). In: Wegmann und King (Hg.), *Fallgeschichte(n)*, 243-272, 248.

13 Kathryn Montgomery: *How Doctors Think. Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford 2006, 48.

von (angehenden) Mediziner*innen. Gleichzeitig aber müssen Fallgeschichten so gestaltet sein, dass sie dem Wissenschaftsanspruch der Medizin genügen, was laut Montgomery zu einem „efface[ment]“, also einer Auslöschung im Sinne einer Anonymisierung, der Patienten führt. Fallgeschichten basieren zwar auf Einzelfällen, die als Exemplum dienen, beinhalten aber in der Regel nichts Persönliches oder Subjektives. Man könnte argumentieren, dass es den in der Medizin akzeptierten Erzählformen an einem wichtigen Kriterium fehlt, das von manchen Narratologen als eines der wichtigsten definierenden Merkmale von Erzählungen angesehen wird: die Vermittlung des Erfahrens oder Erlebens eines Ereignisses¹⁴ – siehe etwa Monika Fluderniks Konzept der *experientiality*¹⁵ oder David Hermans *qualia*¹⁶.

Paradoxe*erweise sind es aber gerade „Anekdoten“, die besonders nachhaltig wirken können. Jane Macnaughton verweist auf die Vorzüge von persönlichen Anekdoten, indem sie diese Erzählform, die in medizinischen Fachvorträgen oder Lehrsituationen durchaus zu Illustrationszwecken herangezogen wird, folgendermaßen skizziert:

The essential features of an anecdote here are: first, that it is being told about a patient personally known to the speaker; secondly, that it is being told by a doctor personally known to the audience (as the speaker is, at the very least, standing there in front of them); and thirdly, that it refers to a unique individual in a unique situation rather than to a group experience (as in a randomized controlled trial). Because of these features the anecdote may have a greater impact on the audience than the scientific paper in that it is both memorable and believable [...].¹⁷

Ähnlich argumentiert auch Ian R. McWhinney, wenn er über „cases“ schreibt: „They stimulate the imagination, open up possibilities, provoke us, and perhaps disturb us. They fill in the gaps left by powerful generalisations, reminding us that every illness is unique in the same way.“¹⁸ Im Weiteren warnt McWhinney praktizierende Ärzte aber auch vor einer zu starken Ausrichtung an konkreten Einzelfällen, da dies zu einem Konflikt mit den

14 Vgl. auch Mildorf, „I had a patient who...“, 187-188.

15 Monika Fludernik: *Towards a 'Natural' Narratology*. London 1996, 12.

16 David Herman: *Basic Elements of Narrative*. Chichester 2009, 21-22.

17 Macnaughton, *Anecdotes and Empiricism*, 571.

18 Ian R. McWhinney: The Value of Case Studies. In: *European Journal of General Practice* 7.3 (2001), 88-89, 88, doi.org.10.3109/13814780109080866 (30.4.2024).

Vorgaben der evidenzbasierten „academic medicine“ führe.¹⁹ Angesichts der Tatsache, dass jede Krankheit erlebnisreich und gefühlsbeladen ist, und zwar sowohl für Patienten als auch potenziell für die behandelnden Ärzte, ist es vielleicht kaum verwunderlich, dass andere Kanäle gesucht werden (müssen), um diesen Erlebnissen und Gefühlen in Form von ‚Anekdoten‘ Ausdruck zu verleihen. Wie meine Beispiele zeigen, bieten die neuen Medien dafür interessante Plattformen.

Medizin und neue Medien

Betrachtet man die Art und Weise, wie Mediziner in den neuen Medien zu Wort kommen, und welche Funktionen ihre Beiträge leisten, so lassen sich grundsätzlich zwei Bereiche unterscheiden: zum einen werden neue Medien eingesetzt, um medizinisches Wissen zu vermitteln, z.B. an Fachkollegen, an Medizinstudenten oder an Laien, die sich für bestimmte Themen interessieren und möglicherweise Rat suchen. Zum anderen nutzen Mediziner und anderes medizinisches Fachpersonal neue Medien, um von ihren eigenen Erlebnissen mit Patienten zu erzählen.

Es gibt Lernpodcasts und Blogs für angehende Mediziner auf sogenannten *Free Online Access Medical Education* (FOAM)-Plattformen, die freilich einer laufenden Qualitätskontrolle unterzogen werden müssen.²⁰ Twitter – das inzwischen X heißt – wird als virtuelle Alternative zu traditionellen *journal clubs* genutzt, also Zusammenkünften, bei denen Fachleute aktuelle Zeitschriftenbeiträge diskutieren.²¹ Und jeder, der sich im Internet schon einmal Rat zu einem gesundheitlichen Problem holen wollte, weiß, dass es eine Vielzahl an Webseiten gibt, die speziell Laien über Krankheitsbilder, ihre Symptome und Behandlungsoptionen informieren. Oft sind diese Angebote auf den Seiten fachlich spezialisierter Gesundheitszentren zu finden. Eine Studie des Robert-Koch-Instituts zu „Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS)“ konstatiert ebenfalls eine er-

19 McWhinney, The Value of Case Studies, 88.

20 Vgl. Jeff Riddell et al.: A survey of emergency medicine residents' use of educational podcasts. In: *Western Journal of Emergency Medicine. Integrating Emergency Care with Population Health* 18.2 (2017), 229-234, doi.org/10.5811/westjem.2016.12.32850 (3.12.2023); Michelle Lin et al.: Digital impact factor. A quality index for educational blogs and podcasts in emergency medicine and critical care. In: *Annals of Emergency Medicine* 82.1 (2023), 55-65, doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.02.011 (3.12.2023).

21 Vgl. Anju Anand: 'Twitterology': A new age of medicine and social media colliding. In: *Canadian Journal of Respiratory, Critical Care, and Sleep Medicine* 1.4 (2017), 176-177, doi.org/10.1080/24745332.2017.1382316 (3.12.2023).

höhte Konsultation von Online-Informationsquellen und weist darauf hin, dass es nicht nur um mehr Informationsvergabe, sondern vor allem auch um die Qualität der verbreiteten Informationen ginge. So müssten Informationen „evidenz-basiert, leicht zugänglich und für medizinische Laien gut verständlich sein“²². Das Geschichtenerzählen mag in solchen Kontexten weniger ins Gewicht fallen, kann aber als ansprechende Diskursform durchaus instrumentalisiert werden. Lise Saffran z.B. schließt ihren Aufsatz zu „The Art of Medicine. Public Health Storytelling Practice“ mit den folgenden Worten: „Ethical, thoughtful stories told by health professionals have the potential to enrich policy discussions and, hopefully, improve decision making. Finally, storytelling can also be a potent vehicle for self-reflection.“²³ Ob hier die Selbstreflexion der Erzählenden, also der Mediziner, oder der Rezipienten der Geschichte gemeint ist, bleibt offen. Grundsätzlich ist aber eine Selbstreflexion durch erzählerische Vermittlung von Sachverhalten auf beiden Seiten möglich.

An anderer Stelle argumentiere ich, dass Ärzte durchaus Anekdoten von und über ihre Patienten erzählen, sofern sich nur ein Kontext dafür bietet, und dass es wert ist, sich diese Erzählungen näher anzuschauen.²⁴ In der digitalen Welt, in der Podcasts und andere Programme mit medizinischen Themen Verbreitung finden, erhalten Ärzte dafür eine Plattform. Ein Beispiel ist die amerikanische Webseite *The Nocturnists*,²⁵ auf der Aufzeichnungen von Veranstaltungen, bei denen Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen und Ausbildungsstufen einem Publikum von ihrer Arbeit erzählen und in einem Interview Rede und Antwort stehen, in Podcast-Form bereitgehalten werden. Dabei vermischen sich Geschichten über Patienten mit denen über persönliche Erlebnisse oder Autobiographisches, und häufig führen diese Geschichten zu tiefgreifenden Reflexionen über die Tätigkeit als Mediziner. Die Erzählungen können lustig, ernsthaft oder traurig sein und zeugen auch von ganz unterschiedlichen Erzählstilen und -kompetenzen der beteiligten Ärzte. Die Bedeutung des Erzählens wird bereits auf der Startseite der Ressource hervorgehoben: „We give voice to healthcare workers through our live performances and

22 Kerstin Horch, Susanne Jordan: *Sachbericht: Kommunikation und Information im Gesundheitswesen aus Sicht der Bevölkerung. Patientensicherheit und informierte Entscheidung (KomPaS)*. Robert Koch Institut 2019, 99. <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/kommunikation-und-information-im-gesundheitswesen-aus-sicht-der-bevoelkerung-patientensicherheit-und-informierte-entscheidung-kompas> (3.12.2023).

23 Lise Saffran: The art of medicine. Public health storytelling practice. In: *The Lancet* 397.10284 (2021), 1536-1537, 1537.

24 Vgl. Mildorf, “I had a patient who...”, 187-201.

25 Vgl. <https://thenocturnists.org/> (10.9.2024).

acclaimed medical storytelling podcast. By humanizing healthcare, we foster joy, creativity, and connection in the medical profession and the public it serves.“²⁶ Der Anspruch, das Gesundheitswesen zu „vermenschlichen“ ist insofern bezeichnend, als er suggeriert, dass das bestehende Gesundheitswesen noch nicht so menschlich ist, wie es vielleicht sein sollte. Auch die heilende Kraft des Geschichtenerzählens, die zum „Wohlergehen“ von Ärzten beitragen soll, wird hier angedeutet. Im Zusammenhang mit den *Medical Humanities* spielt dieser Aspekt des kreativen Umgangs mit Erfahrungen im Arztberuf ebenfalls eine große Rolle und wird als ein probates Mittel zur Selbsterkundung angewandt.²⁷ Insgesamt zeigt sich das Bestreben, die Medizin durch die Aufwertung von Erzählungen und Erzählen zu „transformieren“, indem nicht nur Mediziner zum Überdenken ihrer Rolle angeregt werden sollen, sondern auch die mutmaßlich positive Außenwirkung von Erzählungen in neuen Medien das Ansehen der Medizin verbessern soll.

Ob dies immer gelingt, muss wohl von Fall zu Fall entschieden werden und hängt sicher nicht wenig von den Bewertungsmaßstäben der Betrachter ab. Im Folgenden nun möchte ich ein paar Beispiele aus deutschen Medien geben, in denen Ärzte Erzählungen zur Anwendung bringen. Die Beispiele sind zweifellos nur Schlaglichter auf das weite Spektrum an Möglichkeiten, geben aber bereits einen guten Eindruck von den unterschiedlichen Einsatzbereichen und Funktionen des Narrativen in Diskursen von Mediziner*innen. Vor allem zeugen sie von der Kreativität, die dem Erzählen innewohnt und die für eine anregende Publikumsansprache genutzt werden kann und augenscheinlich auch genutzt wird.

Erzählung als Mittel der Kritik in Kolumnen

Mein erstes Beispiel ist eine Online-Kolumne, die auf der Webseite *esanum* geführt wird. Diese Ressource beinhaltet außer Kolumnen von Ärzten fachliche Blogs und Podcasts mit den neuesten Erkenntnissen aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen. Die Kolumnisten, so erklärt der Text auf der Blog-Startseite weiter, „nehmen Sie mit in ihre ärztliche Lebenswelt, bieten Einblicke in den Alltag von Ärztinnen und Ärzten und berichten über Themen, die ihnen am Herzen liegen“²⁸. Eine der regelmäßigen Kolumnis-

26 Ebd.

27 Vgl. Linda Gask: I remember, I remember: The therapeutic power of the medical memoir. In: *The Lancet Psychiatry* 6.6 (2019), 472-474.

28 „Kolumnen – von Ärzten für Ärzte“ auf der Webseite *esanum*. <http://www.esanum.de/feeds/kolumnen/blogs> (26.11.2023).

tinnen ist Dr. Petra Sandow, Allgemeinärztin mit Schwerpunkt Infektiologie. Folgendes Beispiel ist dem Blogeintrag „Elektronischer Arztausweis: Witz ohne Pointe“²⁹ vom 11. April 2022 entnommen. Bereits zu Beginn des Blogs lesen wir:

Ich habe wirklich viel für ihn getan. Jede Menge Fragebogen ausgefüllt, verschiedenste Bescheinigungen bereitgestellt, eine IT-Firma beauftragt, eine Menge Geld investiert. Ich bin zur Post gefahren, um das wertvolle Päckchen der Bundesdruckerei persönlich in Empfang zu nehmen. Meinerseits war alles zum vorgeschriebenen Termin vorbereitet. Nach 32 Berufsjahren ist Disziplin mein zweiter Vorname. Und Gelassenheit zum Glück mein dritter. Aber jetzt bin ich mindestens angefressen – weil alles ganz anders kam als verkündet. Die Rede ist von meinem neuen elektronischen Arztausweis.

Wie eine Kurzgeschichte, die Lesern zum Zwecke des Spannungsaufbaus wichtige Informationen vorenthält, beginnt auch dieser Blogeintrag etwas kryptisch mit dem Satz „Ich habe wirklich viel für ihn getan“. Es ist noch nicht klar, um wen es sich bei dem Personalpronomen „ihn“ handelt. Leser werden zunächst irreführt, da eine zwischenmenschliche Beziehung angedeutet wird. Es drängt sich die Frage auf, welchen Zweck die Dinge, die die Autorin für „ihn“ getan hat und die im folgenden Satz aufgelistet werden, erfüllten. Erst nach vier weiteren Sätzen, in denen noch mehr Details und die sich verändernde Haltung der Autorin dargelegt werden, klärt sich der Sachverhalt: es handelt sich um eine Geschichte über den „neuen elektronischen Arztausweis“. Im Wesentlichen geht es hier um das Unverständnis und den Ärger der Ärztin über diese neue bürokratische Hürde im Arztberuf. Der wachsende Unmut wird in metaphorischer Sprechweise vermittelt: während „Disziplin“ und „Gelassenheit“ die zweiten und dritten Vornamen der Autorin seien – womit sie ihre Professionalität nach „32 Berufsjahren“ unterstreicht – so sei sie am Ende doch „angefressen“. Der kolloquiale Ausdruck bricht den Stil des geschriebenen Textes und suggeriert eher eine mündliche Erzählsituation unter Bekannten, was für Blogs durchaus üblich ist. Dabei ist durchgängig ein leicht satirischer Ton auszumachen.

Dieser augenscheinlich humorvolle Umgang mit der Thematik kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Ärger angesichts des Nicht-Funktionierens der neuen digitalen Mittel groß ist. So zieht die Ärztin folgendes Fazit: „man hat das Pferd vom

29 Petra Sandow: Elektronischer Arztausweis. Witz ohne Pointe. In: *esanum* (11. April 2022). <http://www.esanum.de/feeds/kolumnen/blogs/kolumne-petra-sandow/feeds/today/posts/elektronischer-arztausweis-witz-ohne-pointe> (26.11.2023).

Schwanz aufgezümt. Erst wurden zehntausende Ärztinnen und Ärzte auf Trab gebracht, in teilweise rüdem Befehlston genötigt, sich für eine Menge Geld neu aufzustellen und dann fehlte nahezu alles das, worum es eigentlich ging. Das Netzwerk existiert schlicht nicht!“ Auch hier sticht die Verwendung literarisch anmutender Sprache heraus. Die Pferdemetapher, die sich in den idiomatischen Wendungen „das Pferd vom Schwanz her aufzäumen“ und „auf Trab bringen“ zeigt, verleiht der Kernaussage eine gewisse Anschaulichkeit. Interessant sind auch die Verallgemeinerung durch das Pronomen „man“ und die Passivierung im zweiten Satz („wurden...“), die vom eigentlichen Agenten der Handlung ablenken. Dabei wird bereits zuvor im Text explizit auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) verwiesen, deren Post „selten bis nie etwas Gutes bedeutet“. Die folgende Passivierung scheint diese Kritik etwas zu relativieren oder sie suggeriert, dass die von Ärzten erlebten Repressalien durch anonyme, konzernartige Gesellschaften erfolgen, welche nicht unmittelbar angegangen werden können. Die Exklamation am Ende des Zitats unterstreicht noch den zum Ausdruck gebrachten Missmut.

Die Verwendung erzähltechnischer Mittel wie dem Spannungsaufbau durch eingeschränkte Informationsvergabe zu Beginn und einer metaphorischen Sprechweise erfüllt zwei Funktionen: zum einen werden Leser wie bei einer literarischen Geschichte in die Handlung ‚hineingezogen‘; zum anderen ermöglicht der satirische Ton eine scheinbare Distanzierung von dieser heiklen Thematik bei gleichzeitiger scharfer Kritik. Hier steht neben der informierenden die evaluative Funktion von Erzählungen im Vordergrund. Gleichzeitig ermöglicht die Erzählung, eine persönliche Erfahrung, die möglicherweise von Anderen geteilt wird, zu vermitteln. Das Erzählformat hat dabei auch etwas Spielerisches, wie sich im nächsten Beispiel ebenso zeigt.

Medizinische Anamnese als Detektivgeschichte: ein Fall-Podcast

Die folgende Geschichte mit dem Titel „Ejaculatio paradox“³⁰ ist der Podcast-Reihe *Uro-Case*, die ebenfalls auf der *esanum*-Webseite zu finden ist, entnommen. Diese Reihe bietet „nicht ganz alltägliche Praxisfälle zum Mitraten“ aus der urologischen Praxis von PD Dr. med. Tobias Jäger. Die Reihe fordert das Hörpublikum dezidiert zum Mitdenken auf und präsentiert die Fälle unter Anspielung auf die bekannte Fernsehsendung *Aktenzeichen XY*

30 Marcus Mau: Kasuistik: „Ejaculatio paradox“. In: *esanum* (ohne Datum). <http://www.esanum.de/fachbereichsseite-urologie/feeds/urologie/posts/kasuistik-ejaculatio-paradox> (26.11.2023).

ungelöst als ebensolche noch zu lösenden Fälle. Das folgende von mir erstellte Transkript reproduziert in etwa die ersten zwei Minuten des Podcast.

[Musik beginnt und ist noch während des ersten Satzes zu hören].

Sprecher 1: Es kam bei ihm immer wieder zu spontanen Ejakulationen, hauptsächlich nachts. Auffällig war zudem, dass die Ejakulationen nach allergischen Schüben verstärkt auftraten.

[Musik wird dramatischer und blendet noch in den folgenden gesprochenen Text über].

Sprecher 1: Liebe Zuhörerinnen und Zuhörer. Ein herzliches Willkommen zu einem neuen UroCase auf esanum.de. Auch heute möchte ich Ihnen wieder zusammen mit Privatdozent Dr. Tobias Jäger aus Essen einen spannenden Praxisfall hörbar machen, und bei diesem Fall brauchen wir tatsächlich mehr denn je Ihre aktive Teilnahme. Denn der Ausgang ist noch immer offen, eine Lösung somit nach wie vor nicht gefunden. Helfen Sie daher gern auch wieder gedanklich mit, unsere heutige harte Nuss zu knacken. Wir befinden uns wieder einmal in Dr. Jägers urologischer Praxis in Essen. Er ruft soeben den nächsten Patienten zu sich herein:

Sprecher 2: „Der Nächste, bitte!“

Sprecher 1: Die Tür öffnet sich, und herein kommt ein junger Mann, der in der Anamnese unter anderem angibt, an einem Morbus Bechterew zu leiden. Doch da gibt es noch etwas anderes, was ihn heute in die Praxis führte, richtig, Herr Dr. Jäger?

Sprecher 2: Ja. Wie schon beschrieben handelt es sich um einen recht jungen Mann, jetzt gerade 33 Jahre alt, der unter Morbus Bechterew leidet. Dieser wird multimodal, das heißt sowohl physiotherapeutisch wie auch medikamentös mittels nicht-steroidaler Antirheumatika und TNF-alpha-Inhibitoren behandelt. Im akuten Schub erhält der Patient auch Kortikosteroide. Unter dem beschriebenen Krankheitsbild leidet der Patient seit dem fünfundzwanzigsten Lebensjahr. Zudem leidet er unter einer starken saisonalen Allergie gegen Pflanzen- und Blütenpollen. Auch hier muss er temporär auf eine medikamentöse Therapie mittels klassischer Antiallergika und Kortikoide zurückgreifen. Urologisch kam er 2018 erstmals zu mir und beschrieb eine sehr ungewöhnliche Symptomatik. Es kam bei ihm immer wieder zu spontanen Ejakulationen, hauptsächlich nachts, unabhängig von sexueller Karenz oder anderen Verhaltensweisen. [...]

Interessant ist hier die Rahmung des medizinischen Falls als eine Art Detektivgeschichte: es gilt, mit Hilfe des Publikums den Fall zu lösen.³¹ Darüber hinaus wird das Bemühen

³¹ Bereits Kathryn Montgomery Hunter verwendete die Analogie zu Sherlock Holmes, um Medizin als interpretierende Kunst zu betrachten. Vgl. Kathryn Montgomery Hunter: *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton 1991.

deutlich, die Fallgeschichte für das Hörpublikum interessant aufzubereiten. Die Musik zu Beginn evoziert eine gewisse Dramatik, wie man sie aus Filmen oder TV-Sendungen kennt. Diese Dramatik wird noch durch die hörbar emphatische Sprechweise des ersten Sprechers unterstrichen (z.B. bei „mehr denn je“). Interessant ist hierbei auch die szenische Darstellung, die auf zwei Ebenen fungiert: zum einen wird durch den Einwurf „Der Nächste, bitte!“ suggeriert, man würde der tatsächlichen Konsultation beiseiten. Dadurch, dass Dr. Jäger selbst diesen Satz spricht, gewinnt die Szene ein wenig an Authentizität, auch wenn „der Nächste, bitte“ floskelhaft anmutet. Es wird also eher das Klischee des Skripts eines Arztbesuchs angedeutet. Der erste Sprecher übernimmt dann den Erzählpart, bezeichnenderweise in präsentischem Erzählen, so als ob die Handlung sich just in diesem Augenblick vollzöge. Die Lokalisierung „Wir befinden uns wieder einmal in Dr. Jägers urologischer Praxis“ und die zeitliche Bestimmung „soeben“ unterstreichen noch die Fiktion der Gleichzeitigkeit.

Dann wechselt die Geschichte in eine andere szenische Handlung, nämlich ein „Interview“ des ersten Sprechers mit Dr. Jäger. Der Arzt berichtet nun detaillierter über den Patienten und verquickt dabei zwei Geschichten: zum einen die Krankengeschichte des Patienten, die bis zu dessen „fünfundzwanzigste[m] Lebensjahr“ zurückreicht, und die Geschichte der Behandlung des Patienten, die „2018“ begann. Die temporalen Markierungen sind typisch für Erzählungen und bieten einen klaren Rahmen für die jeweiligen Handlungen. Anders als in fiktionalen Erzählungen spielt die „Innenansicht“ des Protagonisten oder die Art und Weise, wie die Krankheit und die Behandlung vom Patienten erlebt werden, in einer Fallerzählung gemeinhin eine untergeordnete Rolle. Auch hier ist das nicht anders. Die Aufzählung der Fakten – typischerweise mittels Fachtermini wiedergegeben – erinnert mehr an einen Arztbrief oder -bericht. Hier zeigt sich die doppelte Adressatenorientierung: der Podcast richtet sich an Fachkollegen, aber auch an interessierte Laien. Um die Fallerzählung weniger dröge erscheinen zu lassen, werden fiktionalisierende und literarisierende Mittel wie Dramatisierung durch Dialog und Inszenierung verwendet. Die mediale Vermittlung durch wechselnde Stimmen spielt dabei eine zentrale Rolle. Die Erzählform der Fallerzählung, auf die ich bereits oben eingegangen bin, wird dadurch ein wenig verfremdet und für das Publikum attraktiver gemacht.

Geschichten von und über Patienten erzählen

Eine deutsche Webseite, auf der Ärzte oder andere im medizinischen Bereich Tätige ähnlich wie bei *The Nocturnists* (siehe oben) ebenfalls von ihren Erlebnissen erzählen und von der mein letztes Beispiel stammt, ist *NotAufnahme – die lustigsten Patientengeschichten*.³² Der Titel, der wortspielerisch die medizinische „Notaufnahme“ mit dem Medium des Podcast („Aufnahme“) vermischt, gibt auch schon den Ton der zu hörenden Geschichten vor: es handelt sich um amüsante Geschichten, die die potenziell lustigen Seiten des doch eher ernsthaften Arztberufs oder anderer medizinischer Berufe hervorkehren. In folgendem Beispiel erzählt eine Orthoptistin von der veränderten visuellen Wahrnehmung einer Patientin nach einer Augenoperation. Die Erzählung findet sich in dem Podcast „It’s the most wonderful time of the year“ vom 23. Dezember 2023.³³ Da es sich um eine quasi spontane mündliche Erzählung in einem Interview handelt, habe ich für die Erstellung des Transkripts Symbole des Transkriptionssystems nach Gail Jefferson³⁴ verwendet, das ich im Zusammenhang mit meiner Analyse erläutere. Im Podcast beginnt die Geschichte auf der Zeitschiene bei 04:49.

- 1 O: Wir hatten eine Pati↑entin, die wir am grauen ↑Star operiert haben. (.hh 0.7)
2 Und (0.1) man ↑muss im Vorfeld dazu sagen,
3 der graue Star ist meistens (0.3) erst gar nicht grau, sondern tendenziell eher so n bisschen
bräunlich, so wie Bernstein (.hhh 0.9)
4 und (.) entsteht langsam
5 und (.) macht auch ↑Farbveränderungen, was die Leute nicht (0.2) mitbekommen. (.hhh 1.0)
6 Wenn die Linse aber ausgetauscht wird, eine klare Kunstlinse kommt ins Auge, (0.2)
7 dann merken die auf einmal
8 „Oh, (0.3) die Farben sind auch alle ganz anders!“ (.hh 0.7)
9 Und wir hatten tatsächlich ↑eine Patientin, die nach ihrer OP kam und sachte (.hh 0.6)
10 „Schrecklich.“ (0.5)
11 „Wies-, was ↑ist, ↑sehen Sie schlecht? £Haben Sie ↑Schmerzen am Auge?£“ [.hh 0.6]
12 I: [@@]
13 O: „↑Nein, aber die ↑Farben!“ (0.8)
14 „Ja, das ↑is normal.“ (0.3)
15 „↑Ja und-“ (.hh 0.6)

32 Vgl. <http://notaufnahme.podigee.io/> (6.9.2024).

33 It’s the most wonderful time of the year. In: *NotAufnahme – die lustigsten Patientengeschichten* (23. Dezember 2022). <http://notaufnahme.podigee.io/93-new-episode> (26.11.2023).

34 Jefferson Transcription System – A guide to the symbols. In: *University Transcriptions* (ohne Datum). <http://www.universitytranscriptions.co.uk/jefferson-transcription-system-a-guide-to-the-symbols/> (26.11.2023).

16 sie erzählte (.)
17 sie hat extra vor ihrer OP für Weihnachten schon alles vorbereitet,
18 schon alles gekauft und ge↓macht und ↑deko↓riert (.hh 0.4)
19 und haste nich (.hh 0.6)
20 und dann erzählte sie (0.2)
21 „Ja, ich ↑liebe ja die Farbe ↑rot
22 und ich (.) hab (0.1) eine Wand im Wohnzimmer rot gestrichen
23 und rote ↑Kissen auf meinem Sofa (0.1)
24 und am ↓Weihnachtsbaum natürlich rote ↑Kugeln. (0.4)
25 ↑Dachte ich.“ (.hhh 0.8)
26 Dann meinte sie (0.1)
27 „Nach der OP komme ich
28 und sehe schon den fertig geschmückten ↑Tannenbaum, (.hh 0.6)
29 der schon für Weihnachten am Ende der ↑Woche steht, (0.5)
30 und die ↑Kugeln sind alle ↑lila!“ (0.5)
31 I: @@ (0.3) Oh ↑nein!
32 O: Doch! (0.2)
33 Und ich (.) ↑stellte mir vor
34 einen ↑großen (.hh 0.6) Tannenbaum (0.1) vor einer roten Wand (0.1) mit (0.3) knalllila Kugeln
35 und dachte „Gut, da hätte ich mich wahrscheinlich ↑auch erschreckt.“ (.hh 0.3)
36 I: Colourblock, [auch völlig in Ordnung heutzutage, ja]=
37 O: [Ha hhhh] =kein Problem. (.hhh 0.8)
38 Auf jeden Fall meinte sie (0.2)
39 „↑Ja und (0.1) jetzt ist das alles ↑lila. (.hh 0.4)
40 Möchte einer von Ihnen lila ↓Weihnachts↑kugeln, (0.2) bevor ich die alle wegfschmeißef?“ (0.6)
41 Und ich so (0.3)
42 „Also ich ↑nich, aber fragen se mal n Doktor, vielleicht kann der die noch gebrauchen (0.2)
43 oder irgendwer anders.
44 Vielleicht können Sie die irgendwo verschenken oder so“ (.hhh 0.9)
45 Und dann (0.1) meinte sie (0.1)
46 „Ja, aber es geht noch ↑weiter.
47 Und dann (.) hab ich (.)↑Wäsche gewaschen
48 und (.hh 0.4) bügelt so n bisschen (0.3)
49 und (0.2) auf einmal seh ich, (0.4)
50 das eine ↑Hemd von meinem Mann, das hat so n ↑fieses ↑Muster,
51 und ich frag mich [(1.0)]
52 I: @@@
53 O: „Was ist das für n ↑Hemd?“ (.hh 0.4)
54 [Und frag ihn] (0.1) und er sacht
55 I: @@@
56 O: „Das hast du noch vor nem Monat ausgesucht.“ (.)
57 Und sie (0.1)
58 „Nä, (0.3) ↑nich mit dem Muster!“ (.hh 0.6)

59 Und, äh, (0.1) da hat sie das ↑Muster nicht richtig erkannt (0.3)
60 durch ihren grauen ↑Star
61 und hat das dann ge↑sehen
62 und hat gesacht
63 „Ne, dat Hemd muss weg,
64 dat (.) geht ↑gar nich. (0.1)
65 Total hässlich das Ding.“

Die Erzählung beginnt mit einer typischen Einleitungsfloskel, wie ich sie auch in den Erzählungen der Ärzte, die ich in Aberdeen zum Thema häusliche Gewalt befragt habe,³⁵ immer wieder zu hören bekam: „Wir hatten eine Patientin...“ (Z. 1) / „I had a patient who...“ Bevor die Geschichte in Zeile 9 richtig beginnt, gibt die Orthoptistin noch Hintergrundinformationen, die für das Verständnis der Geschichte wichtig sind. So erfahren wir, dass der graue Star auch zu einer veränderten Farbwahrnehmung führt und Patienten nach der Operation nicht selten irritiert sind. In Zeile 8 zeigt sich bereits eine Erzählstrategie, die sich durch die gesamte Geschichte zieht: die Erzählerin verwendet direkte Rede, um das Erzählte lebendiger zu gestalten und die Zuhörer in die ursprüngliche Situation gedanklich mitzunehmen. In Zeile 8 wird direkte Rede verwendet, um die Überraschung der Patienten plastischer zu vermitteln. In der eigentlichen Geschichte über eine konkrete Patientin setzt sich die direkte Rede zunächst in den Zeilen 10 bis 15 fort. Das Gespräch, das die Orthoptistin so oder ähnlich mit der Patientin führte, wird hier nicht nur nach-erzählt, sondern quasi szenisch ‚nachgespielt‘. Selbst prosodisch ändert die Erzählerin die Stimme und verwendet Exklamationen mit Emphasen – im Transkript angedeutet durch unterstrichene, also besonders betonte, Silben und nach oben gerichtete Pfeile, die eine Änderung der Intonationshöhe angeben –, um die Entrüstung der Patientin besonders markant zu vermitteln („Schrecklich!, Z. 10; „Nein, aber die ↑Farben!“, Z. 13). Die Linguistin Deborah Tannen nennt diese Art der Vermittlung *constructed dialogue* – *constructed* deshalb, weil kaum anzunehmen ist, dass der ursprüngliche Dialog genauso und mit exakt diesen Worten verlief, sondern eine Art Rekonstruktion in der jetzigen Erzählsituation stattfindet.³⁶ Narratologisch gesprochen kann man hier von einem *showing* statt einem *telling* sprechen.

35 Mildorf, *Storying Domestic Violence*; vgl. auch Mildorf, “I had a patient who...”

36 Vgl. Deborah Tannen: *Talking Voices. Repetition, Dialogue, and Imagery in Conversational Discourse*. Cambridge 1989, 98-133.

In den Zeilen 16 bis 18 wechselt der Erzählmodus kurzfristig vom *showing* zum *telling*. Jetzt wird in der dritten Person berichtet, was die Patientin im Weiteren erzählte. Obwohl nicht mehr die ‚direkten‘ Worte wiedergegeben werden, so deuten die lebendigen Tonhöhenwechsel in Zeile 18 auf den Versuch hin, den ursprünglichen Sprachduktus zumindest annähernd beizubehalten und etwas von der Anstrengung der Patientin angesichts ihrer großen Mühen bei den Vorbereitungen des Weihnachtsfests zu vermitteln, wie die Patientin selbst sie vermutlich durch ihre Geschichte zu vermitteln suchte. Der kolloquiale Ausdruck „haste nich“ in Zeile 19 unterstreicht nochmal diese Anstrengung, verkürzt aber gleichzeitig die Erzählung, weil weitere Beispiele der erledigten Aufgaben ausgespart bleiben. Diese Floskel mag von der Patientin selbst in der ursprünglichen Erzählung verwendet worden sein, oder aber die Orthoptistin greift in der aktuellen Erzählsituation darauf zurück, um die gesamte Geschichte nicht überborden zu lassen. Schließlich bedeutet jede Erzählung in einer mündlichen Interaktion, dass der Erzähler oder die Erzählerin quasi über Gebühr Gesprächszeit in Anspruch nimmt, was freilich in einem Interview weniger ins Gewicht fällt.

Ab Zeile 21 kehrt der Erzählmodus wieder zur direkten Rede zurück mit Einsprengeln von *Inquit*-Formeln, also einleitenden kurzen Sätzen wie „erzählte sie“ (Z. 20) oder „meinte sie“ (Z. 26, 38, 45). Interessant ist auch die kolloquiale elliptische Formel „ich so“ (Z. 43) als Einleitungspartikel, die in mündlichen Erzählungen sehr häufig vorkommt. Immer wieder färbt ein leicht amüsiertes Tonfall die wiedergegebene direkte Rede der Patientin ein – markiert durch £ im Transkript –, was darauf hindeutet, dass die Erzählerin die Geschichte auch selbst nach wie vor als lustig empfindet. Dass diese Einschätzung vom Interviewer geteilt wird, zeigt sich an dem wiederholten Lachen, hier markiert durch @. Was an der Verwendung von direkter Rede besonders spannend ist, ist die Tatsache, dass die Orthoptistin im Erzählen quasi die Rolle der Patientin übernimmt und ihr eine Stimme verleiht. Dadurch wird nicht nur die ursprüngliche Gesprächssituation als lustig markiert, sondern potenziell auch die Patientin selbst, da ihre Art zu sprechen zumindest in Ansätzen nachgeahmt wird. Besonders die Verwendung von dialektaler Sprechweise gegen Ende der Erzählung („Ne, dat Hemd muss weg“, Z. 63) unterstreicht die humorvolle Darstellung.

Noch komplexer wird die Erzählung ab Zeile 46. Hier wird der Patientin nicht nur ihre ursprüngliche Geschichte mittels direkter Rede in den Mund gelegt, die Erzählerin gibt sogar den Dialog wieder, den die Patientin in ihrer Geschichte so oder ähnlich zum Besten gegeben hat. Dieser Dialog vermittelt ein Gespräch, das die Patientin mit ihrem

Mann führte, angesichts eines Hemdes, dessen Muster sie plötzlich wieder richtig sehen konnte und „hässlich“ (Z. 65) fand. Man könnte bei dieser komplexen Wiedergabe direkter Rede von einem Dialog-im-Dialog sprechen.³⁷ Statt in eigenen Worten zu berichten, was sich sprachlich zwischen Mann und Frau abgespielt hat, erzählt die Erzählerin aus der Ich-Perspektive – allerdings der Patientin – diese Gesprächssituation – vermutlich so oder so ähnlich, wie die Patientin selbst im Gespräch mit der Orthoptistin diese Geschichte erzählte. Was freilich von der geschilderten ursprünglichen Situation tatsächlich übriggeblieben ist bzw. wieviel davon in dieser mehrfach versetzten Erzählung der Imagination der jeweiligen Erzählerin geschuldet ist, bleibt letztendlich offen. Hier zeigt sich das Potenzial von mündlichen Erzählungen zur Fiktionalisierung oder „fictional contamination“, wie ich es anderweitig genannt habe.³⁸ Auch eine gewisse quasi-literarische Komplexität lässt sich in kohäsionsstiftenden Ketten wiederholter Reizwörter wie z.B. „Hemd“ (Z. 50, 53, 63) oder „Muster“ (Z. 50, 58, 59) erkennen. Bezeichnend ist auch, dass die Orthoptistin in ihrer Geschichte die Erlebnisse einer anderen Person, nämlich der Patientin, so lebendig erzählt, als seien sie ihre eigene. Streng genommen vermischen sich hier zwei Geschichten: die Geschichte über die Erlebnisse der Patientin nach ihrer Augenoperation und die Geschichte der Orthoptistin über die Begegnung mit der Patientin, in der Letztere über ihre Erlebnisse erzählte. Im Hörmedium des Podcast wird die literarische Qualität der Erzählung durch die Nutzung verschiedener Stimmqualitäten und lebendiger Intonationsmuster noch stärker betont.

Geschichten von Mediziner:innen aus erzählanalytischer und kulturwissenschaftlicher Perspektive

Alle drei Beispiele zeigen anschaulich, dass Erzählungen auch in den Diskursen von Mediziner:innen gerne genutzt werden, um Situationen oder Sachverhalte interessant darzustellen. Dabei ist dem Potenzial zu Kreativität keine Grenze gesetzt – abgesehen von den pragmatischen Restriktionen, die sich in non-fiktionalen Erzählungen ergeben. So beziehen sich alle Beispiele auf realweltliche Kontexte und Personen, wenngleich diese in den Erzählungen – gerade auch durch die quasi-literarischen Anverwandlungen – ein wenig

37 Vgl. Till Kinzel: Serious Playfulness. Roger Scruton's Philosophical Dialogism in the Xanthippic Dialogues. In: Till Kinzel, Jarmila Mildorf (Hg.): *Imaginary Dialogues in English. Explorations of a Literary Form*. Heidelberg 2012, 228-229.

38 Vgl. Mildorf, Life Storying in Oral History.

verfremdet werden. Diese Verfremdung schafft auch Distanz, was insofern notwendig ist, als die Ärzte bei aller Konkretheit ihrer Beispiele doch die Anonymität ihrer Patienten wahren müssen. Hierbei zeigt sich auch die ethische Dimension, die sich in Geschichten von Mediziner*innen – wie eigentlich in allem Geschichtenerzählen, aber hier in besonderem Maße – auftut. Insbesondere das Erzählen von Geschichten über Andere, sogenannte *narratives of vicarious experience*, aber auch die Verwendung von realen Menschen als quasi ‚Charaktere‘ in der eigenen Geschichte werfen eine Reihe von Fragen auf, nicht zuletzt die, ob Patient*innen mit ihrer ‚Darstellung‘ so einverstanden sind.

Grundsätzlich aber lässt sich konstatieren, dass Erzählungen von Mediziner*innen ein spannendes und bislang untererforschtes Gebiet darstellen, deren weitere Untersuchung schon deshalb lohnt, weil sich darin nicht nur etwas über das Erzählen als kulturelle Praktik, sondern auch über die Medizin und das Erleben von Medizin als Berufsfeld viel lernen lässt. Die Verwendung von Erzählungen oder erzählerischen Mitteln als Form der direkten und indirekten Kritik ist, wie mein erstes Beispiel zeigt, hierbei von besonderem Interesse. Aber auch die Verwendung von Humor mag nicht nur der unmittelbaren Erzählsituation geschuldet sein, in der es um eine ‚lustige‘ oder ansprechende Geschichte gehen soll, sondern deutet womöglich auf Verarbeitungsstrategien auf Seiten der Ärzte hin. Ganz nach dem Motto „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“ fungiert das Erzählen lustiger Geschichten als Mechanismus der Distanzierung und dient somit dem Selbstschutz in einem Beruf, der – je nach Spezialisierung – doch immer auch ein Austarieren zwischen Leben und Tod, Freud und Leid bedeuten kann.

Die Erzählungen von Ärzten sind auch aus erzähltheoretischer und linguistischer Perspektive sehr interessante Untersuchungsgegenstände. Die Beispiele zeigen, dass sich die Erzählenden von kulturell geprägten Erzählmustern und -gattungen inspirieren lassen, aber auch eigene kreative und mitunter komplexe Erzählungen erschaffen, wie vor allem im letzten Beispiel des mündlichen Erzählens zu sehen war. Interessant ist auch, wie die Grenzen zwischen in der Medizin gängigen Erzählformen, z.B. der Fallgeschichte, und literarischen Gattungen, etwa der Detektivgeschichte, auf innovative Weise verwischt werden. Perspektivierung, Dialog, metaphorisches Sprechen und andere Mittel der erzählerischen Darstellung sind ebenso interessant wie die Erweiterungen, die durch die mediale Vermittlung in den neuen Medien zustande kommen. So ließ sich in den Podcast-Beispielen zeigen, wie etwa durch Stimmqualität und Intonationsmuster, aber auch durch Sprecherwechsel szenische Präsentationen entstanden, deren Ziel es offensichtlich ist, das Hörpublikum in die jeweiligen Geschichten zu „verstricken“, um auf ein Bild

Wilhelm Schapps zurückzugreifen.³⁹ In Fortführung dieser Metapher lässt sich abschließend sagen, dass Ärzte genauso sehr in Geschichten verstrickt sind wie jeder andere und dass es lohnt, auch diese Erzählungen in den Blick zu nehmen, gerade in einer Zeit, wo der Ruf nach mehr digitaler Präsenz und Außenwirkung auch in der Medizin immer lauter wird.

Korrespondenzadresse

Apl.-Prof. Dr. Jarmila Mildorf

Institut für Anglistik/Amerikanistik

Universität Paderborn

E-Mail: jarmila.mildorf@upb.de

³⁹ Wilhelm Schapp: *In Geschichten verstrickt. Zum Sein von Mensch und Ding*. Frankfurt am Main ⁵2012 [1953].